

# **Об утверждении Порядка осуществления территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации контроля за полнотой и достоверностью сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты отдельными категориями медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования**

Приказ Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации · № 1216 · от 27.06.2023 ·  
Действует без изменений

ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

МОСКВА

---

27 июня 2023 г. № 1216

Об утверждении Порядка осуществления территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации контроля за полнотой и достоверностью сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты отдельными категориями медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования

Зарегистрирован Минюстом России 28 июля 2023 г.

Регистрационный № 74505

В соответствии с пунктом 11 Правил осуществления Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации специальной социальной выплаты отдельным категориям медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2022 г. № 2568, приказываю: утвердить по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации Порядок осуществления территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации контроля за полнотой и достоверностью сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты отдельными категориями медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования

---

Председатель С.Чирков

Приложение  
УТВЕРЖДЕН  
приказом Фонда пенсионного и социального страхования  
Российской Федерации  
от 27 июня 2023 г. № 1216

Порядок

осуществления территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации контроля за полнотой и достоверностью сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты отдельными категориями медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования

1. Настоящий Порядок разработан в целях реализации территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее соответственно - территориальный орган Фонда, Фонд) полномочий по осуществлению контроля за полнотой и достоверностью сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты (далее - выплата) отдельными категориями медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в реализации базовой программы обязательного медицинского страхования либо территориальных программ обязательного медицинского страхования, и медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и расположенных на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области (далее соответственно - медицинские организации, работники), в соответствии с пунктом 11 Правил осуществления Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации специальной социальной выплаты отдельным категориям медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2022 г. № 2568 "О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования".
2. Порядок устанавливает правила и определяет сроки осуществления территориальными органами Фонда проверок полноты и достоверности сведений, представляемых медицинскими организациями для получения выплаты работниками.
3. Контроль за полнотой и достоверностью сведений, представляемых медицинскими организациями для получения выплаты работниками, осуществляется путем проведения камеральной проверки (далее - проверка).
4. Проверка проводится уполномоченными должностными лицами территориальных органов Фонда (далее - должностное лицо) по месту нахождения территориального органа Фонда на основании документов и сведений, представленных медицинской организацией, а также других документов (сведений) о деятельности медицинской организации, имеющих у территориального органа Фонда.
5. Проверка медицинских организаций, работникам которых произведена выплата в соответствии с представленными реестрами работников, имеющих право на ее получение (далее - реестр),

осуществляется при наличии одного или нескольких оснований:

неоднократное (более двух раз) представление уточняющего (корректирующего) реестра в течение отчетного месяца;

наличие нескольких реестров по работнику (работникам), в том числе из другой медицинской организации (других медицинских организаций), за один календарный месяц;

несоответствие категории, должности (профессии) работника;

несоответствие указанного в реестре соотношения суммарного отработанного времени за дни работы в календарном месяце и числа рабочих часов по норме рабочего времени соответствующего месяца с фактическим соотношением указанных величин;

поступившие обращения работников медицинских организаций, указывающие на недостоверность и неполноту представленных сведений;

поступление жалобы работника медицинской организации в связи с неполучением (несвоевременным получением, получением в неполном размере) выплаты;

поручения руководства Фонда, обращения органов, уполномоченных на осуществление государственного (муниципального надзора (контроля), правоохранительных органов и так далее.

6. Проверка проводится на основании приказа руководителя территориального органа Фонда о проведении проверки при наличии одного или нескольких оснований, указанных в пункте 5 настоящего Порядка.

7. Проверка проводится в течение трех месяцев с даты издания приказа руководителя территориального органа Фонда о проведении проверки.

8. В ходе проведения проверки должностное лицо может запрашивать у медицинской организации: документы, подтверждающие факт трудоустройства в медицинскую организацию (трудовая книжка и/или сведения о трудовой деятельности, трудовой договор, приказ о приеме на работу, иные документы) работника, включенного в реестр;

документы, подтверждающие категории медицинских работников, должность (профессию);

документы, подтверждающие суммарное отработанное время по табелю учета рабочего времени за дни работы в соответствующем календарном месяце;

документы, подтверждающие число рабочих часов по норме рабочего времени соответствующего месяца, исчисленной исходя из установленной работнику в соответствии с законодательством

Российской Федерации продолжительности рабочей недели в порядке, определенном постановлением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2003 г. № 101 "О

продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности";

иные документы, которые могут служить основанием для осуществления выплаты.

Рекомендуемый образец запроса о представлении документов (далее - Запрос) приведен в приложении № 1 к настоящему Порядку.

9. Запрос в течение трех рабочих дней с даты его подписания вручается руководителю медицинской организации либо лицу, уполномоченному представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводится проверка, лично под расписку, направляется через организацию почтовой связи заказным письмом или передается в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления Запроса через организацию почтовой связи заказным письмом датой вручения указанного Запроса считается шестой рабочий день с даты отправления заказного письма. В случае направления Запроса в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи датой получения этого Запроса считается следующий рабочий день.

10. Медицинская организация представляет в территориальный орган Фонда запрашиваемые документы в течение трех рабочих дней со дня вручения (получения) Запроса от территориального органа Фонда.

11. В случае выявления должностным лицом в ходе проверки несоответствий представленных в

реестре сведений представленным к проверке документам, а также сведениям, имеющимся в Фонде, должностное лицо в течение пяти рабочих дней со дня их выявления вручает руководителю медицинской организации либо лицу, уполномоченному представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводится проверка, лично под расписку, направляет через организацию почтовой связи заказным письмом или передает в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи требование о представлении пояснений по выявленным в ходе проверки несоответствиям представленным в реестре сведений представленным к проверке документам, а также сведениям, имеющимся в Фонде (далее - Требование о представлении пояснений), рекомендуемый образец которого приведен в приложении № 2 к настоящему Порядку. В случае направления Требования о представлении пояснений через организацию почтовой связи заказным письмом датой вручения указанного требования считается шестой рабочий день с даты отправления заказного письма. В случае направления Требования о представлении пояснений в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи датой получения указанного требования считается следующий рабочий день.

12. Медицинская организация представляет запрашиваемые пояснения в течение трех рабочих дней со дня вручения (получения) Требования о представлении пояснений от территориального органа Фонда.

13. В случае невыявления фактов несоответствия представленным в реестре сведений представленным к проверке документам, а также сведениям, имеющимся в Фонде, и пояснениям медицинской организации должностное лицо в течение десяти рабочих дней со дня завершения проверки составляет Информационную справку по результатам проведенной проверки полноты и достоверности сведений, представляемых медицинскими организациями, для получения выплаты работниками медицинских организаций (далее - Информационная справка), рекомендуемый образец которой приведен в приложении № 3 к настоящему Порядку.

14. Информационная справка в течение пяти рабочих дней с даты ее подписания вручается руководителю медицинской организации либо лицу, уполномоченному представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводилась проверка, лично под расписку, направляется через организацию почтовой связи заказным письмом или передается в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи.

15. В случае выявления фактов несоответствия представленным в реестре сведений представленным к проверке документам, сведениям, имеющимся в Фонде, и пояснениям медицинской организации, влияющих на право получения работником выплаты и (или) на ее размер, а также фактов понесенных Фондом излишних расходов, должностное лицо не позднее десяти рабочих дней со дня завершения проверки составляет Акт проверки полноты и достоверности сведений, представляемых медицинскими организациями, для получения выплаты работниками медицинских организаций (далее - Акт проверки), рекомендуемый образец которого приведен в приложении № 4 к настоящему Порядку.

16. Акт проверки подписывается должностным лицом территориального органа Фонда, проводившим проверку.

17. Акт проверки в течение пяти рабочих дней с даты его подписания вручается руководителю медицинской организации либо лицу, уполномоченному представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводилась проверка, лично под расписку, направляется через организацию почтовой связи заказным письмом или передается в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления Акта проверки через организацию почтовой связи заказным письмом датой вручения указанного акта считается шестой рабочий день с даты отправления заказного письма. В случае направления Акта проверки в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи датой получения указанного акта считается следующий рабочий день.

18. В случае несогласия с фактами территориального органа Фонда, изложенными в Акте проверки, а также с выводами и предложениями, отраженными в нем, руководитель медицинской организации либо лицо, уполномоченное представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводилась проверка, в течение пятнадцати рабочих дней со дня вручения (получения) Акта проверки вправе представить в территориальный орган Фонда письменные возражения по Акту проверки в целом или по его отдельным положениям.

Руководитель медицинской организации либо лицо, уполномоченное представлять медицинскую организацию, вправе также представить к письменным возражениям документы (их копии, заверенные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации), подтверждающие обоснованность своих возражений.

19. Акт проверки и другие материалы проверки, а также представленные руководителем медицинской организации либо лицом, уполномоченным представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводилась проверка, письменные возражения по указанному акту рассматриваются территориальным органом Фонда, проводившим проверку.

Руководитель медицинской организации либо лицо, уполномоченное представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводилась проверка, вправе участвовать в рассмотрении материалов указанной проверки. Время, дата, адрес рассмотрения материалов проведенной проверки указываются в Акте проверки.

20. Решение по результатам проведенной проверки полноты достоверности сведений, представляемых медицинскими организациями для получения выплаты работниками медицинских организаций (далее - Решение по проверке), рекомендуемый образец которого приведен в приложении № 5 к настоящему Порядку, принимается руководителем территориального органа Фонда в течение десяти рабочих дней со дня истечения срока, указанного в пункте 18 настоящего Порядка.

21. Решение по проверке в течение пяти рабочих дней со дня его принятия вручается руководителю медицинской организации либо лицу, уполномоченному представлять медицинскую организацию, в отношении которой оно вынесено, лично под расписку, направляется через организацию почтовой связи заказным письмом или передается в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления Решения по проверке через организацию почтовой связи заказным письмом датой вручения указанного решения считается шестой рабочий день с даты отправления заказного письма. В случае направления Решения по проверке в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи датой получения указанного решения считается следующий рабочий день.

#### Приложение № 1

к Порядку осуществления территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации контроля за полнотой и достоверностью сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты отдельными категориями медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования

Рекомендуемый образец

Место штампа территориального органа  
Фонда пенсионного и социального страхования  
Российской Федерации

Запрос о представлении документов

от \_\_\_\_\_

(дата)

№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

сообщает на основании приказа территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(дата)

о проведении камеральной проверки полноты и достоверности сведений, представленных для осуществления специальной социальной выплаты отдельным категориям медицинских работников в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2022 г. № 2568 "О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования"

медицинской организации

\_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

необходимо в срок не позднее трех рабочих дней со дня вручения (получения) запроса о представлении документов представить в территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации следующие документы:

документы, подтверждающие факт трудоустройства в медицинскую организацию работника, включенного в реестр, предусмотренные настоящим Порядком, в том числе

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

документы, подтверждающие категории медицинских работников, должность (профессию), в том числе \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

документы, подтверждающие суммарное отработанное время по табелю учета рабочего времени за дни работы в соответствующем календарном месяце, в том числе

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

документы, подтверждающие число рабочих часов по норме рабочего времени соответствующего месяца, исчисленной исходя из установленной работнику в соответствии с законодательством Российской Федерации продолжительности рабочей недели, в том числе

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

иные документы, которые могут служить основанием для осуществления специальной социальной выплаты \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.  
Допускается представление копий запрашиваемых документов, заверенных подписью руководителя медицинской организации либо лица, уполномоченного представлять медицинскую организацию на основании доверенности, оформленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и печатью.

Подпись должностного лица территориального  
органа Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации,  
проводящего проверку \_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Экземпляр настоящего запроса о представлении документов на \_\_\_\_\_ листах получил

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя/лица,  
уполномоченного представлять медицинскую организацию)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Экземпляр настоящего запроса о представлении документов

направить по почте;

передать по телекоммуникационным каналам связи в электронном виде.

Подпись должностного лица территориального  
органа Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации,  
проводящего проверку \_\_\_\_\_  
(подпись)

#### Приложение № 2

к Порядку осуществления территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации контроля за полнотой и достоверностью сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты отдельными категориями медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования

Рекомендуемый образец

Место штампа территориального органа  
Фонда пенсионного и социального страхования  
Российской Федерации

Требование о представлении пояснений  
от \_\_\_\_\_

(дата)

№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

сообщает, что в рамках проводимой камеральной проверки полноты и достоверности сведений,

представленных для осуществления специальной социальной выплаты отдельным категориям медицинских работников в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2022 г. № 2568 "О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования" (далее - проверка) выявлены несоответствия в представленных реестрах сведений представленным к проверке документам, а также сведениям, имеющимся в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации (отметить нужное):

по сведениям, имеющимся в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации, медицинский работник не идентифицирован;

неоднократное (более двух раз) представление уточняющего (корректирующего) реестра в течение отчетного месяца;

наличие нескольких реестров по работнику (работникам), в том числе из другой медицинской организации (других медицинских организаций), за один календарный месяц

\_\_\_\_\_;

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника (работников)  
несоответствие категории, должности (профессии) работника

\_\_\_\_\_;

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника (работников)  
несоответствие указанного в реестре соотношения суммарного отработанного времени за дни работы в календарном месяце и числа рабочих часов по норме рабочего времени соответствующего месяца с фактическим соотношением указанных величин;

сведения, имеющиеся в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации, о периодах временной нетрудоспособности медицинских работников и дни работы по табелю учета рабочего времени в календарном месяце, за который представлялся реестр, указывают на их пересечение;

иные расхождения: \_\_\_\_\_  
(указать)

\_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)  
необходимо представить в срок до \_\_\_\_\_

(срок представления пояснений (документов)

пояснения (документы) по фактам несоответствий представленных в реестре сведений для осуществления специальной социальной выплаты медицинским работникам представленным к проверке документам и сведениям, имеющимся в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации, за период \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.  
(указывается период)

Подпись должностного лица территориального

органа Фонда пенсионного и социального

страхования Российской Федерации,

проводящего проверку \_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Экземпляр настоящего требования о представлении пояснений на \_\_\_\_\_ листах получил

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя/лица, уполномоченного представлять медицинскую организацию)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Экземпляр настоящего требования о представлении пояснений

направить по почте;

передать по телекоммуникационным каналам связи в электронном виде.

Подпись должностного лица территориального  
органа Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации,  
проводящего проверку \_\_\_\_\_

(подпись)

Приложение № 3

к Порядку осуществления территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации контроля за полнотой и достоверностью сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты отдельными категориями медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования

Рекомендуемый образец

Место штампа территориального органа  
Фонда пенсионного и социального страхования  
Российской Федерации

Информационная справка

по результатам проведенной проверки полноты и достоверности сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты работниками медицинских организаций<sup>1</sup>

от \_\_\_\_\_

(дата)

№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

сообщает, что проведена камеральная проверка<sup>2</sup> полноты и достоверности сведений, представленных для осуществления специальной социальной выплаты отдельным категориям медицинских работников в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2022 г. № 2568 "О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских

работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования",

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Далее - Информационная справка.

<sup>2</sup> Далее - проверка.

\_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

за период \_\_\_\_\_

(указывается период)

Основанием для проведения проверки является:

\_\_\_\_\_  
(указать основание (основания) для проведения проверки)

\_\_\_\_\_  
Проверка проведена на основании сведений, представленных медицинской организацией, влияющих на право получения медицинским работником специальной социальной выплаты и (или) ее размер, за \_\_\_\_\_ месяц 20\_\_ г., сведений и документов, представленных медицинской организацией в рамках проводимой проверки, а также сведений и документов о деятельности медицинской организации, о медицинских работниках, имеющих у территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

В ходе проверки установлено: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(краткое изложение результатов проверки со ссылкой на прилагаемые документы)

Подпись должностного лица территориального  
органа Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации,  
проводившего проверку \_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Экземпляр Информационной справки на \_\_\_\_\_ листах получил

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя/лица,  
уполномоченного представлять медицинскую организацию)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Экземпляр Информационной справки

направить по почте;

передать по телекоммуникационным каналам связи в электронном виде.

Подпись должностного лица территориального

органа Фонда пенсионного и социального

страхования Российской Федерации,

проводившего проверку \_\_\_\_\_

(подпись)

Приложение № 4

к Порядку осуществления территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации контроля за полнотой и достоверностью сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты отдельными категориями медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования

Рекомендуемый образец

Место штампа территориального органа

Фонда пенсионного и социального страхования

Российской Федерации

Акт

проверки полноты и достоверности сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты работниками медицинских организаций<sup>1</sup>

от \_\_\_\_\_

(дата)

№ \_\_\_\_\_

Мною, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность лица, проводившего проверку)

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

проведена камеральная проверка<sup>2</sup> полноты и достоверности сведений для осуществления территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации специальной социальной выплаты отдельным категориям медицинских работников в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2022 г. № 2568 "О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования", представленных

(полное наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Далее - Акт проверки.

<sup>2</sup> Далее - проверка.

Регистрационный номер

\_\_\_\_\_

Код подчиненности

\_\_\_\_\_

ИНН

\_\_\_\_\_

КПП

\_\_\_\_\_

ОГРН

Адрес в пределах места нахождения медицинской организации

\_\_\_\_\_

(адрес)

в \_\_\_\_\_

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

\_\_\_\_\_

(дата)

Основанием для проведения проверки является:

\_\_\_\_\_

(указать основание (основания) для проведения проверки)

\_\_\_\_\_

1. Проверка начата \_\_\_\_\_, окончена \_\_\_\_\_

(дата)

(дата)

2. Проверка проведена на основании сведений, представленных медицинской организацией, влияющих на право получения медицинским работником специальной социальной выплаты и (или) ее размер, за \_\_\_\_\_ месяц 20\_\_ г., сведений и документов, представленных медицинской организацией в рамках проводимой проверки, а также сведений и документов о деятельности медицинской организации, о медицинских работниках, имеющих у территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

\_\_\_\_\_

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

3. Настоящей проверкой выявлено:

\_\_\_\_\_

(указываются выявленные нарушения)

4. По результатам настоящей проверки предлагается:

4.1. Возместить

\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

расходы, излишне понесенные Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации на осуществление специальной социальной выплаты за \_\_\_\_\_ в размере \_\_\_\_\_ руб.

(период)

(сумма)

4.2. В случае выявления недоплаты медицинскому работнику (медицинским работникам) специальной социальной выплаты осуществить, на основании уточняющих сведений, корректировку ранее представленного реестра на право получения работником специальной социальной выплаты за \_\_\_\_\_

(период)

в размере \_\_\_\_\_ руб.

(сумма)

и направить уточненный реестр в территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации для осуществления перерасчета специальной социальной выплаты.

Приложение: на \_\_\_\_\_ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем Акте проверки, а также с выводами и предложениями должностного лица, проводившего проверку, медицинская организация вправе представить в течение пятнадцати рабочих дней со дня вручения (получения) настоящего Акта проверки в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

письменные возражения по указанному Акту проверки в целом или по его отдельным положениям.

При этом медицинская организация также может представить к письменным возражениям документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Рассмотрение материалов проверки состоится

\_\_\_\_\_

(время)

\_\_\_\_\_

(дата)

по адресу \_\_\_\_\_

(адрес)

Подпись должностного лица территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, проводившего проверку \_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Экземпляр настоящего Акта проверки с \_\_\_\_\_ приложениями

(количество приложений)

на \_\_\_\_\_ листах получил \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя/лица,  
уполномоченного представлять медицинскую организацию)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя/лица,  
уполномоченного представлять медицинскую организацию)

от получения настоящего Акта проверки уклоняется.

\_\_\_\_\_  
(подпись лица, проводившего проверку)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Экземпляр Акта проверки

направить по почте;

передать по телекоммуникационным каналам связи в электронном виде.

Подпись должностного лица территориального  
органа Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации,  
проводившего проверку \_\_\_\_\_

(подпись)

Приложение № 5

к Порядку осуществления территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации контроля за полнотой и достоверностью сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты отдельными категориями медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования

Рекомендуемый образец

Место штампа территориального органа  
Фонда пенсионного и социального страхования  
Российской Федерации

Решение

по результатам проведенной проверки полноты и достоверности сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты работниками медицинских организаций<sup>1</sup>

от \_\_\_\_\_

(дата)

№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

рассмотрев Акт проверки от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

(дата)

полноты и достоверности сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты работниками медицинских организаций, и представленные к камеральной проверке<sup>2</sup> документы и пояснения

\_\_\_\_\_  
(полное и сокращенное наименование медицинской организации)

<sup>1</sup> Далее - Решение по проверке.

<sup>2</sup> Далее - проверка.

Регистрационный номер

\_\_\_\_\_  
Код подчиненности

\_\_\_\_\_  
ИНН

\_\_\_\_\_  
КПП

\_\_\_\_\_  
Адрес в пределах места нахождения медицинской организации

\_\_\_\_\_,  
(адрес)

другие материалы проверки и иные документы (сведения), имеющиеся у территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

\_\_\_\_\_,  
(указываются конкретные документы и иные материалы)

а также

\_\_\_\_\_,  
(указываются письменные возражения руководителя медицинской организации либо лица, уполномоченного представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводилась проверка)

при отсутствии письменных возражений медицинской организации,

при участии руководителя медицинской организации либо лица, уполномоченного представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводилась проверка (ее уполномоченного представителя)

\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность (при необходимости))

при неявке руководителя медицинской организации либо лица, уполномоченного представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводилась проверка, на рассмотрение материалов проверки принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие руководителя медицинской организации либо лица, уполномоченного представлять медицинскую организацию, в отношении которой проводилась проверка,

УСТАНОВИЛ:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(документально подтвержденные факты, документы и иные сведения, подтверждающие указанные обстоятельства, доводы, приводимые медицинской организацией, в отношении которой проводилась проверка, в свою защиту и результаты проверки этих доводов)

По результатам проверки установлено:

излишне понесенные Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации расходы составили \_\_\_\_\_ руб.;

недоплата медицинским работникам специальной социальной выплаты составила \_\_\_\_\_ руб., в том числе:

\_\_\_\_\_ руб.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника (работников))

Руководствуясь пунктами 10, 11 и 12 Правил осуществления Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации специальной социальной выплаты отдельным категориям медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2022 г. № 2568,

РЕШИЛ:

1. В случае выявления недоплаты медицинскому работнику специальной социальной выплаты осуществить на основании уточняющих сведений корректировку ранее представленного реестра на право получения работником специальной социальной выплаты за \_\_\_\_\_ в размере \_\_\_\_\_ руб.

(период)

(сумма)

и направить уточненный реестр в территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации для осуществления перерасчета специальной социальной выплаты.

2. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации на осуществление специальной социальной выплаты за \_\_\_\_\_ в размере \_\_\_\_\_ руб.

(период)

(сумма)

в срок не позднее десяти рабочих дней со дня вручения (получения) Решения по результатам проведенной проверки полноты и достоверности сведений, представляемых медицинскими организациями для получения специальной социальной выплаты работниками медицинских

организаций (далее - Решение по проверке) Фонду пенсионного и социального страхования Российской Федерации по следующим реквизитам:

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

\_\_\_\_\_  
(ИНН)

\_\_\_\_\_  
(КПП)

\_\_\_\_\_  
(наименование банка)

\_\_\_\_\_  
(расчетный счет)

\_\_\_\_\_  
(корреспондентский счет)

\_\_\_\_\_  
(КБК)

Подпись руководителя

(заместителя руководителя)

территориального органа Фонда

пенсионного и социального

страхования Российской Федерации, проводившего проверку \_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати

территориального органа

Фонда пенсионного и социального

страхования Российской Федерации

Экземпляр Решения по проверке получил

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя медицинской организации либо лица, уполномоченного представлять медицинскую организацию)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) \_\_\_\_\_

(дата)

Экземпляр Решения по проверке

направить по почте;

передать по телекоммуникационным каналам связи в электронном виде.

Подпись должностного лица территориального

органа Фонда пенсионного и социального

страхования Российской Федерации,

проводившего проверку \_\_\_\_\_

(подпись)